Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 272 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 mei 2015

Hierbij bied ik u drie rapporten aan over de geestelijke gezondheidszorg (ggz), te weten 1) een onderzoek naar de implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk, 2) een kwantitatieve analyse over het hoofdbehandelaarschap en 3) GGZ in tabellen[1]. Ik zal deze rapporten hieronder kort toelichten en waar nodig voorzien van reactie.

1. Implementatie van ROM ter ondersteuning van de dagelijkse zorgpraktijk in de GGZ (Trimbos-instituut)

Vanuit de instellingssubsidie voert het Trimbos-instituut jaarlijks onderzoek uit over de ontwikkelingen in de GGZ. Dit biedt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een overzicht van de relevante ontwikkelingen ten behoeve van het overheidsbeleid met betrekking tot de zorg, te weten het waarborgen en waar mogelijk verbeteren van de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid. Voor 2014 heb ik het Trimbos-instituut verzocht een onderzoek uit te voeren naar het gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM) als instrument dat cliënten en hulpverleners ondersteunt in het primaire zorgproces. Het rapport bestaat uit een samenvattend kernrapport met de bevindingen en aanbevelingen en een uitgebreid achtergrondrapport over de opzet en uitvoering van het (wetenschappelijk benaderde) onderzoek. Het Trimbos-instituut heeft eerst via een enquête geïnventariseerd wat de stand van zaken is rond de implementatie en de toepassing van ROM in de gespecialiseerde ggz en vervolgens door middel van interviews geanalyseerd welke lessen geleerd kunnen worden van succesvolle implementatie. Dit biedt handreikingen voor de sector waarmee verdere implementatie kan worden bevorderd en doorontwikkeling van ROM in de GGZ kan worden gestimuleerd.

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-25424-272
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Bijna 1.400 behandelaren (843 werkzaam bij instellingen en 539 als vrijgevestigde) hebben deelgenomen aan de enquête. Uit 12 verschillende praktijksituaties zijn vervolgens verdiepende interviews afgenomen bij 20 behandelaren, 4 (team)managers, 6 ROM-coördinatoren en 20 cliënten-(vertegenwoordigers).

Uit het onderzoek blijkt dat ROM regelmatig tot altijd in alle zorgdomeinen gebruikt wordt in de dagelijkse praktijk – zowel bij instellingen als vrijgevestigde aanbieders – maar dat er nog ruimte is om het te gebruiken als klinisch ondersteuningsinstrument in behandeltrajecten. Om dat laatste te bereiken zou aandacht moeten worden besteed aan het gebruik van geschikte vragenlijsten, aan het getraind zijn van behandelaren in gebruik en interpretatie van ROM-scores en aan de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van ROM-scores voor cliënten.

De onderzoekers constateren dat op dit moment veel meer sprake is van wat zij noemen een «verplichte ROM» ten behoeve van benchmarking. Volgens de onderzoekers heeft het verplichtende karaker van ROM ten behoeve van benchmarking een weerstand opgeroepen bij een substantieel deel van de behandelaren. Dit zou volgens hen ook een verklaring vormen voor enerzijds de hoge gebruikersfrequentie van ROM en anderzijds de lage implementatiegraad voor wat betreft het gebruik van ROM ter ondersteuning van de behandeling.

Onderzoekers constateren dat de implementatiegraad van gebruik van ROM in de dagelijkse zorgpraktijk onderling verschilt tussen zorgdomeinen, tussen instellingen en tussen vrijgevestigde praktijken en behandelaren. Duidelijke verklaringen voor die verschillen zijn in dit onderzoek niet gevonden. Uit de interviews komt naar voren dat mogelijk een rol speken de attitude van de behandelaar ten opzichte van ROM, de mate waarin een behandelaar is geschoold in het gebruik van ROM ter ondersteuning van de behandeling en de manier waarop het management (van een instelling) ROM als klinisch ondersteuningsinstrument uitdraagt en deze toepassing van ROM mogelijk maakt.

De onderzoekers bieden op 4 niveaus aanknopingspunten om het gebruik van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument verder te bevorderen. Op pagina's 7 tot en met 10 van het kernrapport worden deze nader toegelicht:

1) *niveau van het ROM-systeem*: zorg voor een klinisch relevant en gebruiksvriendelijk ROM-systeem;
2) *niveau van de cliënt*: cliënten behoeven een goede uitleg over ROM als klinisch ondersteuningsinstrument en begrijpelijke terugkoppeling van de ROM-uitkomsten gedurende de behandeling;
3) *niveau van de behandelaar*: behandelaren zouden het nut en gebruik van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument moeten leren kennen en ervaren;
4) *niveau van de organisatie*: instellingen en vrijgevestigde groepspraktijken zouden het belang van een goede implementatie van ROM als klinisch ondersteuningsinstrument moeten uitdragen en dit ook daadwerkelijk faciliteren.

Het onderzoek toont aan dat het huidige gebruik van ROM zich helaas beperkt tot het gebruik ten behoeve van de benchmark. Dat is jammer omdat de primaire bedoeling van ROM nu juist is dat het de behandeling kan ondersteunen en de behandelrelatie kan bevorderen. Dat is in het belang van de cliënt. Vanuit die insteek zou ROM daarmee ook niet extra belastend hoeven te zijn, en zou het gebruik van de uitkomstscores ten behoeve van benchmarking een logisch vervolg moeten zijn met het oog op een verdere verbetering van de kwaliteit van de zorg. Ik verwacht dan

ook van partijen snel met de bevindingen uit dit onderzoek aan de slag te gaan en in gezamenlijkheid te komen tot een ROM-systeem dat én klinisch relevant en gebruiksvriendelijk is zonder behandelaar en cliënt teveel te belasten én waardevolle informatie genereert voor het primaire proces en de benchmark. Dat komt de kwaliteit van de zorg voor de patiënten ten goede. In mijn brief «Kwaliteit loont»[2] heb ik aangekondigd het aanleveren van ROM-gegevens ten behoeve van de benchmark verplicht te gaan stellen. Vóór het zomerreces ontvangt u een voortgangsrapportage over deze brief. Daarin zal ik ook ingaan op dit element uit de brief.

Overigens wijs ik u er op dat ik u nu een definitief, maar slechts deels opgemaakt eindrapport toestuur (alleen het kernrapport is opgemaakt). Dit gezien het voorgenomen AO GGZ van 21 mei aanstaande en de relevantie van het onderwerp. De volledig opgemaakte versie komt binnenkort beschikbaar op de website van het Trimbos-instituut.

2. Kwantitatieve analyse hoofdbehandelaarschap (Casemix)

In mijn brief van 2 juli 2013 over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 221) kondigde ik aan onderzoek te zullen doen naar het beroep en de tijdsbesteding van hoofd- en medebehandelaren in de GGZ, met het oog op een norm voor hoofdbehandelaarschap voor 2016. Omdat de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit waarin het hoofdbehandelaarschap wordt geregeld in enig jaar, in juli van het jaar daaraan voorafgaand gereed moeten zijn, heb ik zulk onderzoek nu laten doen. Dit onderzoek eerder laten uitvoeren was niet zinvol, vanwege een gebrek aan declaratiegegevens, het onderzoek later laten uitvoeren zou betekenen dat de uitkomsten geen rol meer kunnen spelen in de regels voor 2016.

In bijlage 2 treft u het beknopte rapport van Casemix aan. Het onderzoek moest gebaseerd worden op declaratiegegevens over 2014. Immers, pas sinds 2014 gelden de huidige regels voor hoofdbehandelaarschap en worden het beroep en de tijdsbesteding van de hoofd- en medebehandelaren als zodanig geregistreerd. Gegevens over 2014 bleken echter ook nu nog in onvoldoende mate beschikbaar om de gevraagde analyse te kunnen doen. Gegevens van Vektis waren niet tijdig beschikbaar en het lukte het onderzoeksbureau niet om rechtstreeks via verzekeraars declaratiegegevens te ontvangen. De gegevens in het DBC-informatiesysteem (DIS) bleken voor 2014 onvoldoende gevuld. Het onderzoeksbureau zal de analyse nu in het najaar van 2015 doen, op dat moment zijn meer (echter zeker lang niet alle) declaratiegegevens over 2014 (en 2015) beschikbaar. Wellicht kunnen de resultaten van het onderzoek van nut zijn voor de normstelling voor 2017.

3. GGZ in tabellen 2013-2014 (Trimbos-instituut)

In deze publicatie van het Trimbos-instituut wordt een veelheid van gegevens over de geestelijke gezondheidszorg uit verschillende bronnen bij elkaar gezet. De cijfers gaan over het vóórkomen en de ziektelast van psychische aandoeningen, het zorggebruik, het zorgaanbod, de kosten en de financiering en personeel.

Ik vertrouw er op u hiermee afdoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

---

[2] Kamerstuk 31 765, nr. 116